

**DETECTAR PARA CUIDAR: O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO RASTREAMENTO E
DIAGNÓSTICO PRECOCE DO DIABETES MELLITUS**

**DETECTING TO CARE: THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN SCREENING AND
EARLY DIAGNOSIS OF DIABETES MELLITUS**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.061-034>

André Wilian Lozano

Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR

E-mail: lozanoenf@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5721-7054>

Amanda Oliva Spaziani

Mestra em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

E-mail: spazianimedicina@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8651-8078>

Karina Simão Araújo

Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: karina.araujo@ub.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9187-7497>

Wagner Rafael da Silva

Doutor em Engenharia Biomédica pela Universidade Brasil – UB

E-mail: wagner.silva@ub.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0952-4877>

José Martins Pinto Neto

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: jmpintoneto@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6794-8379>

Pâmela Souza da Cruz

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas

E-mail: pamela.cruz@ufam.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6457-5502>

Fabiula Paula Vieira Silva

Acadêmica de Medicina pela Universidade Brasil

E-mail: fabulapaula@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9955-5774>

Sibele Silva Baptista

Graduação incompleta pela Universidade Brasil

E-mail: sisibele.silva9@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2122-9733>

Everaldo Garcia Santos Júnior

Graduando de Medicina pela Universidade Brasil

E-mail: 3v.junior@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0420-4629>

Tarcia Alfaia de Almeida

Graduada em Medicina pela FAMETRO

E-mail: alfaiatarcia@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6423-7795>

Alessandra de Lourdes Ballaris

Doutora em Agronomia pela Universidade Estadual Paulista – UNESP

E-mail: alessandra.ballaris@ub.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4169-2608>

Vinicius de Lima Lovadini

Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP

E-mail: viniciuslovadini@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9066-2160>

Resumo

Objetivou-se discutir o rastreamento e o diagnóstico precoce do Diabetes Mellitus, com ênfase no diabetes mellitus tipo 2, na Atenção Primária à Saúde, destacando fundamentos epidemiológicos, critérios atuais de rastreamento, métodos diagnósticos, desafios operacionais e implicações para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. Trata-se de capítulo de caráter teórico-analítico, construído a partir de revisão narrativa fundamentada em diretrizes clínicas, documentos oficiais e literatura científica recente sobre epidemiologia do diabetes, prevenção, rastreamento e diagnóstico na APS. Os achados indicam que a alta prevalência do diabetes no Brasil, associada à frequência de casos assintomáticos e ao risco de complicações crônicas evitáveis, reforça a importância do diagnóstico precoce. Diretrizes recentes recomendam ampliação do rastreamento, com ênfase em adultos a partir de 35 anos e em indivíduos mais jovens com excesso de peso e fatores adicionais de risco. A glicemia de jejum e a hemoglobina glicada figuram como principais testes de triagem e confirmação, ainda que a escolha dependa da capacidade diagnóstica local. Observa-se, contudo, que a efetividade do rastreamento depende da articulação entre identificação precoce, confirmação laboratorial, continuidade do cuidado, educação em saúde e manejo longitudinal. Conclui-se que a Atenção Primária à Saúde constitui o cenário estratégico para consolidar linhas de cuidado mais oportunas e integrais, mas o êxito dessa agenda requer qualificação das equipes, organização de fluxos, infraestrutura laboratorial e sensibilidade às desigualdades sociais que atravessam o acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Diabetes mellitus; Diagnóstico precoce; Rastreamento; Saúde pública.

Abstract

This chapter discusses screening and early diagnosis of Diabetes Mellitus, with emphasis on type 2 diabetes, in Primary Health Care, highlighting epidemiological foundations, current screening criteria, diagnostic methods, operational challenges, and implications for care organization within the Brazilian Unified Health System. It is a theoretical-analytical chapter based on a narrative review of clinical guidelines, official documents, and recent scientific literature on diabetes epidemiology, prevention, screening, and diagnosis in primary care. The findings indicate that the high prevalence of diabetes in Brazil, combined with the frequency of asymptomatic cases and the risk of preventable chronic complications, reinforces the relevance of early diagnosis. Recent guidelines recommend broader screening, especially for adults aged 35 years or older and for younger individuals with overweight and additional risk factors. Fasting plasma glucose and glycated hemoglobin are the main screening and confirmatory tests, although test selection depends on local diagnostic capacity. However, screening is only effective when early identification is linked to laboratory confirmation, continuity of care, health education, and long-term management. It is concluded that Primary Health Care is the strategic setting for implementing timely and comprehensive care pathways, but success depends on workforce qualification, well-defined care flows, laboratory infrastructure, and sensitivity to social inequalities affecting access to diagnosis and treatment.

Keywords: Diabetes mellitus; Early diagnosis; Primary Health Care; Public health; Screening.

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM), sobretudo o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), constitui um dos maiores desafios contemporâneos para os sistemas de saúde em razão de sua elevada prevalência, evolução crônica, associação com complicações micro e macrovasculares e forte impacto sobre morbimortalidade e custos assistenciais. No Brasil, o problema apresenta magnitude expressiva: a International Diabetes Federation estimou, em 2025, que o país reunia mais de 16 milhões de adultos vivendo com diabetes, enquanto a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 identificou prevalência autorreferida de 7,7% entre pessoas com 18 anos ou mais, sugerindo importante contingente de casos ainda não diagnosticados ou diagnosticados tardiamente (International Diabetes Federation, 2025; IBGE, 2020).

O rastreamento e o diagnóstico precoce assumem, nesse cenário, relevância sanitária estratégica, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada preferencial do Sistema Único

de Saúde (SUS) e espaço privilegiado para prevenção, detecção oportuna, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado. A APS dispõe de atributos centrais para esse processo, como territorialização, vínculo, longitudinalidade e possibilidade de identificação de grupos de maior risco, além de ser o principal local de assistência referido por pessoas com diagnóstico de diabetes no país, segundo a PNS 2019 (IBGE, 2020).

Entretanto, o debate sobre rastreamento do DM na APS não pode ser reduzido à ampliação indiscriminada de testagens. Trata-se de discutir quem rastrear, com quais testes, em que periodicidade e sob quais condições organizacionais, evitando tanto o subdiagnóstico quanto a produção de fluxos assistenciais incapazes de garantir confirmação diagnóstica, devolutiva oportuna e seguimento efetivo. Diretrizes clínicas recentes ressaltam que o rastreamento só produz benefício quando articulado à capacidade de instituir intervenções preventivas e terapêuticas oportunas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025; United States Preventive Services Task Force, 2021).

Este capítulo tem por objetivo discutir o rastreamento e o diagnóstico precoce do Diabetes Mellitus na APS, com ênfase no contexto brasileiro, abordando fundamentos epidemiológicos, critérios atuais de rastreamento, métodos diagnósticos, desafios operacionais e implicações para a organização do cuidado.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um capítulo de natureza teórico-analítica, elaborado a partir de revisão narrativa de literatura e de análise documental de diretrizes clínicas, recomendações institucionais e publicações oficiais relacionadas ao rastreamento e ao diagnóstico precoce do Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde. A opção por esse desenho decorre do objetivo de sintetizar criticamente conhecimentos atuais e aplicáveis à realidade do SUS, articulando evidências clínicas, recomendações normativas e elementos operacionais do cuidado.

Foram consideradas fontes contemporâneas de elevada relevância técnico-científica, com ênfase em diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, recomendações da United States Preventive Services Task Force, documentos do Ministério da Saúde e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, dados da Pesquisa Nacional de Saúde e informações epidemiológicas da International Diabetes Federation. Complementarmente, utilizaram-se documentos da Organização Mundial da Saúde para contextualização do problema como questão de saúde pública global.

A análise do material foi conduzida com foco em cinco eixos: relevância epidemiológica do diagnóstico precoce; papel estratégico da APS; critérios atuais de rastreamento; métodos diagnósticos recomendados; e desafios para implementação no contexto brasileiro. A síntese final privilegiou a coerência entre a melhor evidência disponível e a aplicabilidade prática no cotidiano da APS, em consonância com o rigor acadêmico e com o padrão autor-data da ABNT.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A relevância do rastreamento e do diagnóstico precoce do DM2 decorre, inicialmente, da natureza silenciosa de sua evolução. Em muitos casos, a hiperglicemia crônica permanece assintomática por anos, favorecendo o acúmulo progressivo de dano vascular e metabólico antes mesmo da confirmação diagnóstica. Nesse sentido, a identificação precoce de indivíduos em risco ou já acometidos pela doença amplia a possibilidade de instituir intervenções capazes de retardar ou evitar complicações microvasculares e macrovasculares, bem como de detectar o pré-diabetes, condição em que mudanças no estilo de vida e monitoramento mais próximo podem reduzir a progressão para diabetes manifesto (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025; United States Preventive Services Task Force, 2021).

No contexto brasileiro, a necessidade de diagnóstico oportuno é reforçada pela magnitude do problema. A International Diabetes Federation informa que o Brasil figura entre os países com maior número absoluto de adultos vivendo com diabetes no mundo, o que se articula a mudanças demográficas, urbanização, envelhecimento populacional, sedentarismo e aumento do excesso de peso (International Diabetes Federation, 2025). Paralelamente, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 registrou que 7,7% dos adultos relataram diagnóstico médico de diabetes, com maior frequência entre mulheres e idosos, além de apontar a Unidade Básica de Saúde como principal local de assistência para quase metade das pessoas que referiram atendimento relacionado ao diabetes, evidenciando a centralidade da APS nesse campo (IBGE, 2020).

A APS se configura, portanto, como espaço estratégico para o rastreamento do DM, pois concentra maior capilaridade territorial, possibilidade de vínculo longitudinal e condições para integrar promoção da saúde, prevenção, solicitação de exames, confirmação diagnóstica e seguimento contínuo. Diferentemente de serviços episódicos ou de alta complexidade, a APS acompanha usuários ao longo do tempo, permitindo identificar fatores de risco como sobrepeso, obesidade, hipertensão, dislipidemia, histórico familiar, antecedente de diabetes gestacional e síndrome dos ovários policísticos, elementos fundamentais para qualificar a decisão clínica sobre rastrear (Brasil, 2024; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025).

As recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Diabetes ampliaram o escopo do rastreamento em pessoas assintomáticas. A diretriz de 2025 recomenda rastreamento universal para adultos com 35 anos ou mais e rastreamento em adultos mais jovens quando houver sobrepeso ou obesidade associado a pelo menos um fator adicional de risco, como história familiar de DM2 em parente de primeiro grau, doença cardiovascular, hipertensão arterial, baixos níveis de HDL, hipertrigliceridemia, sedentarismo, acantose nigricans, síndrome dos ovários policísticos, pré-diabetes prévio ou antecedente de diabetes gestacional (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025). Tal orientação aproxima-se de tendências internacionais, embora

a USPSTF mantenha recomendação mais focal para adultos de 35 a 70 anos com sobrepeso ou obesidade (United States Preventive Services Task Force, 2021).

Essa ampliação do rastreamento possui relevância prática, mas demanda interpretação crítica. Em termos populacionais, aumenta a sensibilidade para identificação de casos, sobretudo em um contexto de diagnóstico tardio frequente. Entretanto, em sistemas públicos com heterogeneidade de estrutura e múltiplas demandas concorrentes, expandir critérios de triagem implica também maior pressão sobre laboratórios, consultas de retorno, fluxos de confirmação e acompanhamento longitudinal. Assim, o rastreamento só se sustenta como estratégia efetiva quando inserido em linhas de cuidado capazes de assegurar continuidade assistencial.

No que se refere aos testes diagnósticos, a diretriz da SBD de 2025 estabelece como critérios para diagnóstico do diabetes glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL, hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 6,5%, glicemia de 1 hora no teste oral de tolerância à glicose maior ou igual a 209 mg/dL e glicemia de 2 horas no teste oral de tolerância à glicose maior ou igual a 200 mg/dL. Na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia ou crise hiperglicêmica, o diagnóstico pode ser estabelecido por glicemia ao acaso maior ou igual a 200 mg/dL. Em pessoas assintomáticas, a confirmação por repetição do teste alterado é recomendada quando apenas um exame estiver disponível (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025).

A diretriz também reforça a importância do reconhecimento do pré-diabetes, definido por glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL, HbA1c entre 5,7% e 6,4% e glicemia de 2 horas no teste oral de tolerância à glicose entre 140 e 199 mg/dL (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025). Tal categoria tem elevada relevância clínica e sanitária, pois possibilita intervenção preventiva antes da instalação do DM2. A USPSTF, ao recomendar o rastreamento de pré-diabetes e DM2, destaca que pessoas identificadas nessa condição devem ser encaminhadas a intervenções comportamentais efetivas, sobretudo voltadas a alimentação saudável, atividade física e redução ponderal (United States Preventive Services Task Force, 2021).

Na APS, a escolha do teste inicial deve considerar viabilidade técnica e disponibilidade local. A SBD recomenda a glicemia de jejum e/ou a HbA1c como principais exames para rastreamento, preferencialmente obtidos em conjunto quando houver plena disponibilidade estrutural e financeira. Em cenários com restrições, a glicemia de jejum isolada permanece estratégia válida e mais factível (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025). Essa orientação é especialmente relevante para o SUS, no qual a infraestrutura laboratorial é desigual entre municípios, regiões e arranjos assistenciais.

A HbA1c apresenta vantagens reconhecidas, como refletir a média glicêmica dos últimos dois a três meses e dispensar jejum em vários contextos de seguimento. Contudo, seu uso requer cautela em situações clínicas que podem interferir no resultado, como hemoglobinopatias, anemias, gestação, transfusões

recentes, insuficiência renal crônica e uso de determinados medicamentos. Por isso, a interpretação deve sempre ser contextualizada e articulada à avaliação clínica e aos demais exames disponíveis (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025).

Outro elemento recente da diretriz brasileira é a valorização do escore FINDRISC como ferramenta complementar para organização do rastreamento. Embora não substitua exames laboratoriais, o instrumento pode auxiliar a APS na estratificação de risco, especialmente em contextos de grande demanda e recursos limitados, permitindo priorizar usuários com maior probabilidade de alterações glicêmicas. Essa ferramenta se mostra compatível com o modelo de cuidado territorial e longitudinal da APS, ao favorecer planejamento de ações preventivas, convocação dirigida e aconselhamento individualizado (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025).

A periodicidade do rastreamento também foi refinada. A diretriz recomenda repetição em três anos para pessoas com exames normais e menor carga de fatores de risco, enquanto indivíduos com resultados normais, mas com três ou mais fatores de risco ou FINDRISC alto ou muito alto, devem ser reavaliados em 12 meses (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025). Tal recomendação favorece uma lógica mais racional e proporcional ao risco, evitando tanto exames desnecessários em grupos de baixo risco quanto retardos excessivos entre avaliações em pessoas mais vulneráveis à progressão metabólica.

Apesar do avanço normativo, persistem desafios importantes para implementação efetiva na APS brasileira. Entre eles destacam-se a heterogeneidade da capacidade diagnóstica, a limitação de oferta de HbA1c em alguns serviços, a baixa factibilidade do teste oral de tolerância à glicose como rotina ampla de triagem, a sobrecarga assistencial das equipes e a dificuldade de garantir retorno oportuno para avaliação e devolutiva de exames. Em muitos territórios, o rastreamento permanece dependente de oportunidades casuais, e não de processos sistemáticos incorporados ao trabalho das equipes.

Além das limitações operacionais, o rastreamento do diabetes é atravessado por desigualdades sociais. A possibilidade de ser rastreado, realizar exames, compreender resultados e aderir ao seguimento depende de fatores como escolaridade, renda, mobilidade, disponibilidade de tempo, alimentação e vínculo com os serviços. Assim, a organização do rastreamento na APS precisa considerar grupos socialmente vulnerabilizados, sob pena de reproduzir as próprias iniquidades que contribuem para a carga da doença. A Organização Mundial da Saúde tem reiterado que o diabetes se insere no conjunto das doenças crônicas fortemente influenciadas por determinantes sociais, o que exige estratégias de cuidado sensíveis a desigualdades e não apenas centradas em risco biológico (World Health Organization, 2026; Brasil, 2026).

Do ponto de vista da gestão do cuidado, algumas estratégias se mostram essenciais para qualificar o rastreamento e o diagnóstico precoce do DM na APS. A primeira é integrar a triagem do diabetes ao acompanhamento rotineiro das doenças crônicas não transmissíveis, articulando hipertensão, obesidade,

dislipidemia e risco cardiovascular. A segunda é apoiar o trabalho das equipes com protocolos claros, educação permanente e sistemas de informação que permitam identificar usuários elegíveis, monitorar pendências diagnósticas e organizar reconvocação. A terceira é garantir que a identificação precoce culmine em intervenção efetiva, seja no pré-diabetes, seja no diabetes confirmado, mediante educação em saúde, terapia nutricional, atividade física orientada, tratamento medicamentoso e seguimento longitudinal estruturado (Brasil, 2024; Brasil, 2026).

Nessa perspectiva, o rastreamento do diabetes não deve ser entendido como ato isolado de testagem, mas como componente de uma linha de cuidado integral das condições crônicas. Sua potência depende da combinação entre evidência científica, capacidade diagnóstica local, coordenação do cuidado e compromisso com a equidade. Em sistemas universais como o SUS, a APS é o lócus privilegiado para essa articulação, desde que disponha de retaguarda organizacional e técnico-assistencial compatível com a complexidade da agenda.

4 CONCLUSÃO

O rastreamento e o diagnóstico precoce do Diabetes Mellitus, especialmente do DM2, constituem dimensões centrais da resposta da Atenção Primária à Saúde ao crescimento das condições crônicas no Brasil. A elevada prevalência da doença, a frequência de casos assintomáticos e o potencial preventivo das intervenções precoces justificam a ampliação de estratégias de identificação oportuna, em consonância com recomendações clínicas recentes.

A literatura e os documentos normativos analisados indicam que a APS é o cenário mais adequado para operacionalizar o rastreamento, pois reúne capilaridade territorial, vínculo longitudinal e possibilidade de integração entre triagem, confirmação diagnóstica, educação em saúde e seguimento contínuo. Diretrizes atuais recomendam ampliação do rastreamento, com destaque para adultos a partir dos 35 anos e para pessoas mais jovens com excesso de peso e fatores adicionais de risco, utilizando glicemia de jejum e HbA1c como principais exames de triagem e diagnóstico.

Entretanto, a efetividade dessa estratégia depende de condições concretas de implementação: infraestrutura laboratorial, protocolos assistenciais, retorno oportuno dos exames, capacitação das equipes e organização de fluxos capazes de assegurar continuidade do cuidado. Além disso, é imprescindível reconhecer que o acesso ao rastreamento e ao diagnóstico precoce é socialmente desigual, exigindo uma APS sensível aos determinantes sociais da saúde e orientada pela equidade.

Conclui-se, portanto, que consolidar o rastreamento e o diagnóstico precoce do diabetes na APS requer não apenas atualização normativa, mas fortalecimento estrutural e organizacional do SUS. O desafio é transformar a ampliação dos critérios diagnósticos em cuidado efetivo, oportuno e integral, capaz de reduzir complicações, qualificar a prevenção e melhorar desfechos em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde**. PCDT Diabetes Melito Tipo 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-diabete-melito-tipo-2>. Acesso em: 7 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Melito Tipo 2**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-de-diabetes-melito-tipo-2>. Acesso em: 7 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNS 2019**: cai o consumo de tabaco, mas aumenta o de bebida alcoólica. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29471-pns-2019-cai-o-consumo-de-tabaco-mas-aumenta-o-de-bebida-alcoolica>. Acesso em: 7 jul. 2026.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Brazil. Brussels**: IDF, 2025. Disponível em: <https://idf.org/our-network/regions-and-members/south-and-central-america/members/brazil/>. Acesso em: 7 jul. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico de diabetes mellitus**. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Ed. 2025. São Paulo: SBD, 2025. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/>. Acesso em: 7 jul. 2026.

UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Prediabetes and type 2 diabetes: screening**. Rockville: USPSTF, 2021. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-prediabetes-and-type-2-diabetes>. Acesso em: 7 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes**. Geneva: WHO, 2026. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/diabetes>. Acesso em: 7 jul. 2026.